

VOLUM 91 NÚMERO 2 ABRIL/MAIG/JUNY 2008

ANNALS DE MEDICINA

INCLOU **L'Informatiu**

EDITORIAL

Participar per decidir (2). *X. Bonfill* 53

deBAT a deBAT: LA PARTICIPACIÓ DELS METGES EN ELS CENTRES SANITARIS (2)

Professionalisme i implicació dels metges en la gestió dels hospitals. A propòsit de com abordar la posició de la direcció mèdica. *J. Varela, J. Bruguera, J.M. Picas* 54

La crisi del professionalisme mèdic. Bases per a la discussió d'un nou pacte social. *M. del Castillo* 59

La "necessària" participació dels metges en la gestió dels equips d'atenció primària. *J. Davins* 64

RODA CONTÍNUA DE FORMACIÓ I CONSENS

Les definicions del dolor: l'adaptació al català de la llista de termes de la *International Association for the Study of Pain*. *J.-E. Baños i cols.* 67

La importància ètica del tenir cura. *Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona* 71

Punta al llapis. Tractament antiviral per a l'herpes zòster. *S. Cibrián* 75

Jornada sobre diversitat cultural i salut. *A. Bonfill* 78

PROVES I EVIDÈNCIES

Prova de detecció ràpida de la infecció per VIH. *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques* 80

RECERCA AUTÒCTONA, ESPÈCIE A PROTEGIR

El lligam de la recerca bàsica amb la pràctica clínica. *J. Forés* 85

SENSE AMNÈSIA

Antoni Subias Fages, un científic humanista. *J. Craven-Bartle* 88

Eponímia mèdica catalana. L'opiata Masdevall. *E. Guardiola, J.-E. Baños* 91

SELECCIÓ D'ARTICLES CENTENARIS

"Annals de Medecina. Any primer – nº 1 – Febrer 1907". Especialidades del Dr. Amargós 96

"Consideracions sobre el tractament quirúrgic de les nefritis en general y de les cròniques en particular, no supurades". *Dr. G. Estapé* 97

"Annals de Medicina. Any primer – nº 5 – Maig 1907". Morruhol 98

"Tractament mèdic de les catarates incipients per medi de les injeccions subconjuntivals de yodur potàssic" *Dr. Ll. Verderau* 99

EPISTOLARI 100



La “necessària” participació dels metges en la gestió dels equips d’atenció primària

Josep Davins

Institut Català de la Salut. Barcelona.

Introducció

La participació dels metges en la gestió dels centres sanitaris es pot entendre a diferents nivells: la participació directa, la representació i la participació consultiva. En aquests últims anys ha augmentat la participació dels metges com a representants o consultors en diferents òrgans de decisió institucional (juntres clíniques, consell administratiu, consell de la professió mèdica). Per tant, en aquest article comentaré el vessant més qüestionat i que, probablement, té un impacte més directe en el funcionament dels centres, la participació directa. D'altra banda, es pot parlar de la participació en diferents àmbits, com l'hospitalari o l'atenció primària. Per la meua experiència professional comentaré la que conec més directament: la participació dels metges en la gestió dels equips d'atenció primària. Analitzaré la situació actual des de tres perspectives: des de baix (la perspectiva dels metges assistencials), des de dalt (la perspectiva dels gestors) i des del ciutadà; és a dir, quines són algunes possibles causes que han fet que arribéssim a aquesta situació. Després apuntaré alguns elements clau o possibles solucions a aquesta situació actual.

Situació actual

La majoria de directors d'equips d'atenció primària del nostre bon sistema sanitari són metges. És a dir, la participació directa en aquests moments està garantida. Però, pel que sembla, no funciona. Hi ha una desconfiança des del gestor cap al metge assistencial, i a l'inrevés.

En primer lloc, la situació actual des de baix: hi ha un cert desencís (per no anomenar-lo enuig-crispació) entre els metges d'atenció primària vers la gestió. Si existís l'assignatura de la “gestió basada en l'evidència”, exemples d'aquesta afirmació serien:

- Equips que han estat sense director durant mesos perquè cap dels seus metges ha volgut prendre la responsabilitat de fer de director. Què succeeix als professionals que fa que no els sigui atractiu fer de cap d'equip? Possibles causes són la manca de reconeixement social i econòmic del càrrec, de suport per part de nivells superiors, d'eines d'habilitats directives...
- Tots els projectes que venen de “dalt” (o la majoria de projectes) són mal rebuts només pel fet que venen de dalt. Si un gestor et “proposa” un projecte interessant, d'entrada la resposta és el rebuig i, si es tira endavant, molts cops és a contracor (o perquè hi ha una direcció per objectius (DPO) al darrere). Molts cops, el verb més exacte en la frase anterior més que “proposa” seria “imposa” i actua com a causa o font de resistència. La participació en els projectes comença en la fase de decisió de les prioritats i, molts cops, l'únic criteri que té el gestor a l'hora de decidir les prioritats és el seu.
- Dues vagues en dos anys (una a tot el país i l'altra a Barcelona) són indicadors indiscutibles de crispació. Els professionals s'hi han apuntat massivament; fins i tot, gent que habitualment no s'hi apuntava.

En segon lloc, vist des de dalt, hi ha desconfiança en els metges com a directors d'equip (o, més ben dit, no es creu en la seva professionalitat com a directors). Aquest últim any he sentit massa vegades les frases: “*és que els directors no són prou madurs, o no en saben prou*”, o “*aquests metges no saben fer de directors, encara es pensen que són coordinadors*”. El que hem de plantejar-nos és: si realment és així, en lloc de senyalar-los com a màxims responsables de la crispació dels equips d'atenció primària per no saber-los gestionar, analitzem les causes per les quals no en saben. Potser descobrim que no en saben perquè algú (sense massa criteri) els ha posat en aquest càrrec i no s'ha preocupat de formar-los ni de fer-los costat. Potser el problema, per tant, no només es troba

Correspondència: Dr. Josep Davins
Unitat de Suport a la Recerca de l'Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona
c/ Sant Elies, 42
08006 Barcelona
Tel. 93 567 56 42
Adreça electrònica: jdavins@gencat.cat

al nivell dels directors, sinó que hauríem de mirar un o més esglaons més amunt, on resulta que hi ha gent que mira més cap amunt que cap a baix. Evidències: els serveis d'atenció primària (SAP) han d'estar al servei de l'atenció primària (és a dir, dels equips, que són el nucli del negoci) i no a l'inrevés. Què freqüent és, per desgràcia, que et truqui algun professional de SAP exigint-te informació sense argumentar motius, només perquè la demanen de més a dalt!; i amb qui sembla que interessa quedar bé, especialment, és amb el de dalt, que és qui pot deixar-te sense cadira. Més evidències: els metges es converteixen en directors només perquè són "tocats" amb el dit màgic del seu director de SAP, que li diu que a partir d'ara representa a l'empresa, sense rebre cap altra formació que aquesta imposició de mans. La pregunta: aquest enfocament cap a directors, és el model més adequat o s'ajusta molt més a la realitat dels nostres actuals equips el concepte d'una direcció col·legiada liderada per un "coordinador"?

Finalment, els propietaris d'aquest negoci són cadascun dels metges de l'equip, que prenen decisions tancats a la seva consulta o al domicili, quan visiten el pacient. I el suposat director sol ser un company més, que ha estat fent el mateix abans de la seva "conversió màgica" i que, quan se'n cansi o el facin plegar, seguirà fent-ho. Com es pot entendre que durant un període finit de la seva professió canviï de forma tant radical que deixi de ser "company" i es converteixi en només "empresa"? I, a més, és que els altres metges no representen també l'empresa?

Una altra causa d'aquesta situació és la manca de "professionalització" del càrrec de director. No existeix una carrera normalitzada formativa per fer de director. A més a més, el fer molts mestratges de direcció sense un criteri predefinit sol tenir un efecte col·lateral contrari, que és l'allunyament de la realitat, ja que s'està menys amb l'equip.

La tercera perspectiva de la situació actual és la del ciutadà, i aquesta és bona, molt bona. Si els resultats mesurats en grau de satisfacció de la ciutadania són bons és perquè aquesta organització funciona gràcies a que la seva "unitat de negoci" més bàsica, utilitzant un llenguatge gerencialista, és a dir, el que passa entre el metge i el ciutadà, funciona. El metge (en general) és un bon professional que s'estima la seva feina i té clar el que ha de fer. Però quan el que viu (i cada dia més) és la sensació de control, fiscalització, avaluació i imposició, es revela davant d'això. La paraula avaluació (sinònim de control) ha d'anar seguida, sempre, de la paraula millora. Per desgràcia, molts cops no sol ser així. Evidències: enquestes que t'encarreguen des de dalt, on no saps mai els resultats, avaluacions de DPO on només hi ha avaluació i

on, a més a més, et sens a dir coses com que si en cobres el 100% no és perquè t'hagis esforçat sinó perquè no estan ben posades (evidència, una vegada més, de la desconfiança cap al professional). I això crema, encara que sigui una bona eina per a la gestió dels equips, a molts professionals que s'han esforçat. El sistema retributiu variable és una de les eines de gestió més potents, ben aplicada en la gestió de persones i equips. Però, molts metges no n'estan contents. La causa: potser no ho estem fent bé? El control sense millora restringeix l'autonomia dels metges a organitzar el seu treball i això actua com a causa d'aquesta situació de desencís, a la qual cosa s'afegeix una manca de reconeixement.

Possibles solucions proposades

La confiança és un valor del que actualment no anem massa sobrats en les nostres organitzacions. Una direcció per valors centrada en la confiança podria revertir la situació. Però això no s'aconsegueix en dos dies. Primer, ens hem de demostrar que podem confiar els uns en els altres. I això s'ha d'anar demostrant amb fets, com ara donar més autonomia als equips. Però compte: els metges estem preparats per autogestionar els equips d'atenció primària? No existeix una carrera per a preparar-se com a director d'equip. A més a més, caldrà treballar la cultura de treball en equip.

Un altre element clau, doncs, en la reversió d'aquesta situació és la formació dels responsables d'equip: les habilitats directives no s'adquireixen per màgia. Poden ser innates a la persona, però, si aquest no és el cas, cal formar-la per a exercir de director. L'aprenentatge que hem fet molts de nosaltres s'ha basat en l'assaig-error; és a dir, en equivocar-nos per saber que, d'aquella manera, les coses no van. I això surt massa car a l'organització. Una professionalització del càrrec de director permetria disposar d'un banc de professionals candidats i preparats per a fer les funcions de cap d'equip.

La capacitat d'autogestió permetria eliminar part de l'estructura que restringeix actualment les decisions dels equips i aniria seguida d'una horitzontalització, per a fer-la més eficient. Actualment, hi ha massa esglaons i això multiplica la ineficiència del sistema. L'horitzontalització del sistema directiu podrà permetre que molta part de l'estructura de recolzament als equips s'hi integri. I aquest és un altre element necessari: que el que entenem per administració més propera al professional (SAP o Àmbit) realment estigui al seu servei. El recolzament directiu és un element clau pel bon funcionament dels equips.

Un altre element necessari és la redefinició del càrrec de director com a cap, ja que en la majoria de

casos són companys dels propi equip. La direcció col·legiada, amb una persona representant de l'equip, probablement s'acostaria molt més a la realitat actual dels equips i permetria, d'altra banda, que tots els metges de l'equip se'n sentissin partícips. El lideratge ha d'estar sustentat sobre una sèrie de valors i habilitats dels professionals metges i no tant en la discussió de si són directores i no coordinadors. Estem en una organització de "direcció per instruccions" o, com a molt, si és vol, d'instrucció per objectius (que, quan no són participatius, no deixen de ser també instruccions) i això no permet que els valors de les persones aflorin i, per tant, que creixin com a professionals.

Conclusions

No hi hauria d'haver desconfiança entre metges i gestors si tots estem convençuts d'estar en el mateix vaixell. És necessari conèixer el paper de l'altre en un context de confiança i professionalitat. La informació insuficient que rebem moltes vegades és el motiu de la desconfiança. Per tant, el primer pas serà que en parlem. I, evidentment, això també significa que ens escoltem. D'aquesta manera, permetrà que els metges participem en la presa de decisions, que significa assumir compromisos i riscos. I els gestors han de delegar en nosaltres (sense por) responsabilitats i capacitats de decisió. La comunicació i els canals d'informació seran algunes de les claus.